DIE CHIRURGINNEN E.V.

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die **Mitgliedschaft im gemeinnützigen Verein „Die Chirurginnen e.V.“** als

- □ Aktives Mitglied
- □ Fördermitglied
- □ Studentinnen (befristete beitragsfreie Mitgliedschaft ohne Stimmrecht)

Ggf. Titel	
Name	
Vorname	
Geburtstag	
Handynummer	
E-Mailadresse	
Privatadresse	
PLZ, Ort	
Arbeitsadresse	
Fachabteilung	
Position	
Ggf. Facharztbezeichnung (-en)	
Ggf. Zusatzbezeichnung (-en)	
Weitere Mitgliedschaften*	

*Fachgesellschaften, Gremien, Berufsverbände wie z.B. BDC

Ort, Datum	Unterschrift Antragstellerin	Unterschrift Vorstand Die Chirurginnen

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Name, Adresse, Telefonnummern, Email-Adressen, Fachrichtung, Arbeitgeber*in, Berufliche Stellung, Geburtsdatum.

DIE CHIRURGINNEN E.V.

Erklärungen zum Datenschutz

Einverständnis zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Fachrichtung, Arbeitgeber. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.
Folgende mitgliedsbezogene Daten können zu Vereinszwecken an Dachverbände und/ oder Partnerorganisationen weitergegeben werden: Name, Geburtsdatum, Eintrittsdatum, Fachgebiet. Mit dieser Übermittlung im Rahmen des Vereinszwecks bin ich einverstanden.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Einverständnis zur Veröffentlichung und Weitergabe von Fotos

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein im Zusammenhang mit dem Vereinszweck sowie satzungsgemäßen Veranstaltungen personenbezogene Daten und Fotos von mir in der Vereinszeitung, auf der Homepage des Vereins und in sozialen Medien veröffentlicht und diese ggf. an Print- und andere Medien übermittelt. Dieses Einverständnis betrifft insbesondere folgende Veröffentlichungen: Anwesenheitslisten, Kontaktdaten von Vereinsfunktionären, Berichte über Ehrungen und Geburtstage.

Veröffentlicht werden ggf. Fotos, der Name, die Vereins- und Abteilungszugehörigkeit, die Funktion im Verein, inkl. Alter und/ oder Geburtsjahrgang. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber dem Vorstand der Veröffentlichung von Einzelfotos und persönlichen Daten widersprechen kann. In diesem Fall wird die Übermittlung/Veröffentlichung unverzüglich für die Zukunft eingestellt. Etwa bereits auf der Homepage des Vereins veröffentlichte Fotos und Daten werden dann unverzüglich entfernt.

Ich stimme der Veröffentlichung über folgende Medien zu:

□ Veröffentlichung auf der Homepage

□ Veröffentlichung in Printmedien

□ Veröffentlichung in sozialen Medien

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Wie bist du auf uns aufmerksam geworden?

□ Kongress:
_____

□ Social Media
□ Instagram □ Facebook □ LinkedIn

□ Persönliche Empfehlung:
_____

Vertraulichkeitsvereinbarung

Innerhalb des Vereins werden regelmäßig persönliche, manchmal vertrauliche und gelegentlich klinikinterne Informationen und Geschichten geteilt. Diese dürfen nicht nach außen dringen! So versteht es sich von selbst, dass Informationen nicht geteilt, weitergegeben oder an Dritte weitergeleitet werden. Konkret sind Screenshots oder Kopien der Chats genauso unerwünscht wie eine mündliche oder schriftliche Wiedergabe unserer Kommunikation. Ausnahmen können nur nach ausdrücklichem Einverständnis mit allen Betroffenen gemacht werden und sind im Einzelnen aktiv zu erfragen. Mit dem Eintritt in den Verein Die Chirurginnen e.V. setzen wir diese Vertraulichkeitsvereinbarung voraus, Zuwiderhandlungen können zum Ausschluss aus dem Verein führen.

Die Chirurginnen e.V.
www.chirurginnen.com
info@chirurginnen.com

Bezirkssparkasse Reichenau
IBAN DE80 6905 1410 1007 1503 92
BIC: SOLADES1REN

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name: Die Chirurginnen

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address Straße und Hausnummer / Street name and number:
Wehrdaer Str. 2

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
35041 Marburg

Land / Country:
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE52ZZZ00000238727 0

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

☐ **Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment** ☐ **Einmalige Zahlung / One-off payment**

Name der/des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber*in) / Debtor name:

Anschrift der/des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber*in) / Debtor address*
* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN der Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister der/dem Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist. Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift der/des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber*in) / Signature of the debtor: